



TITLE:

バンチ氏病

AUTHOR(S):

磯部, 喜右衛門; 鬼束, 惇哉

CITATION:

磯部, 喜右衛門...[et al]. バンチ氏病. 日本外科宝函 1933, 10(5): 1402-1408

ISSUE DATE:

1933-09-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203367>

RIGHT:

臨 床 講 義

バンチ氏病 Morbus Bantii

(昭和8年3月16日講義)

教授 醫學博士 磯部 喜右衛門 講述

助手 醫學士 鬼 束 惇 哉 筆 記

患者 芥〇〇次郎 8 22歳 製米業 昭和8年3月13日入院。

主訴 吐血，左上腹部腫瘤及ビ貧血。

家族歴 特別ニ述ブベキモノハ無ク，殊ニ本人ト似タ疾患ニ罹ツタ者ハ1人モ無イ。

既往症 幼時カラ比較的健全デ著患ヲ知ラナイ。唯10歳頃カラ常ニ嘔吐其他ノ輕イ胃違和ガアル。

現在訴 昭和3年春頃，左上腹部ニ偶々自ラ固イ 壓痛ノ無イ腫瘤ヲ觸レタ。何等差支ヘ
ヲ感ジナカツタ内ニ，此ノ腫瘤ハ段々大キクナツテ來タ。所ガ昭和3年7月26日，突然，吐
血シタノデアル。約1合位モ出タヤウニ思フ。此ノ吐血ノ後ニ，頭痛ニ襲ハレ，尿ハ暫シ
「テール」様ニ黑變シ，其際上述ノ腫瘤ハ，觸レテミテ，縮少シタヤウニ感ジタ。尙發熱，
疼痛等ハ無カツタ。

其後元氣ヲ恢復スルト共ニ，腫瘤モ亦漸次大キクナツタガ，翌年1月再ビ吐血シ，同時
ニ腫瘤ガ一時縮少シタ。其際發熱，疼痛等ヲ認メナカツタ事ハ前回同様デアル。

斯ル發作ヲ其後モ繰返シ，丁度10回ニ及ンダ。即チ，

第1回	昭和3年7月26日	第2回	昭和4年1月24日
第3回	昭和4年10月22日	第4回	昭和5年8月24日
第5回	昭和6年1月27日	第6回	同 年5月16日
第7回	昭和6年7月31日	第8回	昭和7年1月6日
第9回	昭和8年1月23日	第10回	同 年3月12日

斯ル經過ノ間ニ進行性ノ強イ貧血ヲ來シタ，トイフノデアル。食思尋常。上闊1日1行。

一般所見 軀體中等大ノ男，筋ノ發育悪ク，皮下脂肪織ハ相當ニ貧弱デ，栄養ハヨクナ
イ。皮膚著シク蒼白，シカシ冷汗ハカカズ，又何處ニモ皮下溢血斑，浮腫，硬結等無ク，
癬痕ヤ濕疹等ヲ認メナイ。呼吸安靜，脈搏略々尋常。何處ニモ淋巴腺腫脹ヲ證明シナイ。

頭部ニハハツチンスン氏3主徴ハ認メラレナイ。舌苔無シ。心臟ノ大サ尋常，但シ心尖

ニテ收縮期音不純デアル。肺ハ右鎖骨上下窩ニテ打診音短、呼吸鋭、且長シ。

局處所見 腹部ハ全體トシテハ陷沒モセズ膨滿モシテ居ラスガ、左上腹部一帯ガ稍々膨隆シテ居ル。蠕動機不穩ノ如キハ見エズ、腹壁ハ比較的軟ク、Défense musculaire ハナイ。左上腹部ノ膨隆ニ一致シテ、左肋骨弓カラ顔ヲ出シテ居ル半球形ノ腫瘤ヲ明カニ觸レ得ル。右側臥位フトラセルト尙一層明瞭トナル。左乳線上デ肋弓カラ約3横指幅以上出テキテ、非常ニ鞏ク、限界明瞭、表面滑カデ、呼吸ニ依ツテヨク移動スル。僅カニ壓痛ガアル。更ニ右肋弓下ニ約1横指幅程出タ肝臟ヲ觸レル。其縁ハ鋭ナラズ、表面ハ平滑、硬度彈力性鞏、壓痛ナク、呼吸ニ從ヒヨク動ク。膽嚢、兩側腎臟等ハ觸レ得ナイ。前述ノ左上腹部腫瘤ノ直上以外デハ腹壁ノ打診音ハ一般ニ高鼓音デ、腹水ヲ證明シナイ。

尿ハ「ウロビリן」⁷、「ウロビリノゲン」⁷陰性、グメリン陰性。尿ハ消化佳良、潛血反應ガ著明ニ陽性、寄生蟲卵ヲ證明シナイ。

血液ノワツセルマン氏反應陰性、村田氏反應モ亦陰性。

此ノ患者ハ發病後少クトモ4—5年ヲ經テ今日ノ狀態ニ及ンゲモノデ、其經過ハ甚ダ慢性デアル。先ヅ其ノ主訴ノ第1タル頻回ノ吐血ニ就イテ考ヘテ見ヨウ。

吐血ト曰フト先ヅ普通考ヘルノハ胃ノ潰瘍、癌腫デアルガ、此ノ患者デハ何等自發痛ハ無ク壓痛點、狹窄症狀、其他ノ胃症狀ラシキモノハ認メラレナイ。胃液ヲ檢ベタガ、遊離鹽酸モ總酸度モ略々正常デ乳酸反應ハ陰性デアツタ。行ル迄モナイガレントゲン線検査ニ依ルト胃及十二指腸ノ形狀ハ正常デ陰影缺損ヤ Nische ハ見當ラズ、又通過時間モ變リハ無イ。胃ヤ十二指腸ニ變化ガナイ者トスレバ、次ニ吟味サレルベキハ肝臟萎縮症デアル。診ルト前述シタヤウニ肝臟右葉ノ前縁ヲ肋骨弓下ニ1横指幅程彈力性鞏ニ觸レルガ、腹壁ニ靜脈副枝ノ形成ハ見エズ、又臍ノ周圍ニ靜脈雜音ヲ聽ク事ガアルガ、此ノ人デハ腸雜音バカリデソシナモノハ聽エナイ。若シ此ノ靜脈雜音ガアレバ、腹水ヤ外面カラ靜脈副枝ノ形成が見エナクトモ肝硬變デアルトイヒ得ル場合ガアルモノデアル。更ニ又腹水モ無イ。デアルカラ、多少ノ肝硬變ハアルトシテモ、頻回ノ吐血ヲヤラネバナラヌ程ノ鬱血ヲ門脈系統ニ來シテ居ルモノトハ考ヘ難イ。

此ノ患者ハ主訴ノ第2トシテ左季肋部ニ自ラモ大キナ腫瘤ヲ觸レルト云フテ居リ、今見テモ、其ノ邊ガ輕度デハアルガ、確カニ膨隆シテキル位ノ、大キナ腫瘤ヲ左上腹部ニ觸レル。之ガ肝臟ノ左葉デアルカトイフニ、一般ニ肝臟ノ左葉ガ觸レ得ルヤウナ時ニハ右葉モ夫レニ應ジテ大キク觸レ得ルモノデアツテ、此ノ患者デハ肝右葉ハ夫程大キクハ無イ。又此ノ患者デハ肝右葉ト左上腹部腫瘤トノ間ニハ、同ジク彈力性鞏デアルトイフテモ、硬度ニ差ガアル。ソレデ此ノ腫瘤ハ肝左葉デハナクテ、位置ノ上カラ考ヘテ脾腫ニ相違ナイ。

一體、脾臟ノ診察ハドウシテ行ルカ。脾臟ノ診察法中最モ重要ナモノハ觸診デアルガ、

常態デハ決シテ觸レ得ナイモノデ、此ノ際ニハ所謂脾濁音部トシテ脾臓ノ前端及ビ前後兩縁ノ一部ヲ漸ク打診デ證明シ得ルモノデアル。殘餘ハ左側ノ肺下葉デ蔽ハレ、又一部ハ左腎ニ隣接スルカラ境界ガ判ラス。此ノ脾濁音部ノ長軸ハ丁度第10肋骨ニ一致シテ居テ、脾臓ガ腫大スル際ニモ大體此ノ方向ニ沿フテ其軸ガ臍ノ方ヘ延ビル。且脾臓ニ腫脹ガアル時ハ横隔膜ニ壓サレテ毎呼吸時ニ下降スルカラ、手掌ヲ平カニ腹部ニアテテ左肋弓下ニ進メルト、今此ノ患者デ明カニ判ルヤウニ、鈍圓體ガ掌面ニ向フテ進ンデ來ルノヲ觸レ得ルノデアル。手掌ヲ無理ニ脾臓ニ近附ケヤウトセズニ、脾臓ヲ手ノ方ヘ來サセルヤウニ、患者ノ體位ヲ右側臥位ニスルト具合ガ佳イノデアル。之ガ脾腫ダトイフタメニハ藥力學的ニ試驗ヲ行ルトヨイトイフ。此ノ患者ニ1000倍鹽化「アドレナリン」0.7ヲ皮下ニ注射スルト、約20分ヲ經テ其ノ腫瘤ハ殆ンド觸レ難イ位ニ小サクナリ、約80分後其ノ大サヲ恢復シタ。(此際糖尿ハ認メナカツタ)。ソレデ愈ニ脾腫ダラウトイフ事ニナルガ、「アドレナリン」デ縮少スルノハ他ノ臟器、例ヘバ肝臓等ニモ見ラレ得ルカラ、確カナ根據ダトハ斷言出來ナイ。全ク區別ガツカヌ時ニハ、ハイデン社ノ「トロトラスト」ノヤウナモノヲ使ツテ、X線的ニ脾臓ノ造影ヲヤレバー目瞭然トナル。

此ノ患者ノ左上腹部腫瘤ガ脾腫デアルコトハ先ヅ間違ヒナイガ、サテ其脾腫ガ如何ナル種類ノモノデアルカ。ソノ判斷ガ一寸難儀ナモノデアル。トイフノハ、脾腫ヲ來ス原因ガ、急性或ハ慢性ノ諸種傳染病、鬱血脾、バンチ氏病、ゴーシェ氏病、腫瘍、其他色々澤山アリ、又脾臓ノ機能ガ多樣ナカラデアル。

即チ同一ノ原因ニ依ツテモ、侵ス處ノ脾臓ノ細胞系統ノ差違ニ從ヒ、現レル障礙ハ違ツテ來ル。例ヘバ骨髓ニ對スル脾臓ノ調節機能ヲ侵スト所謂脾性貧血 Anaemia splenica ヲ起スダラウシ、又脾ノ網狀内皮細胞系ニ障礙ガ來ルト溶血性黃疸トナルデアラウ。

今第3ノ主訴タル貧血ニ就イテ考ヘテ見ルニ、「アナムネーゼ」ニアル頻回ノ吐血ガ進行性ノ貧血ノ原因タリ得ルガ、此ノ際は非共血液像ヲ検査セネバナラナイ。檢血ノ成績ハ果シテ普通トハ違ツタ成績ヲ示シテキル。即チ外科入院前ニ3回ト、入院後ニ1回ト併セテ4回檢ベタ成績ハ、

検 血 月 日	23/Ⅱ	30/Ⅱ	9/Ⅲ	15/Ⅲ	
赤 血 球 數	3152000	3050000	3850000	} 左院前ハノ外檢科查入	3890000
白 血 球 數	5800	4500	4750		4950
Hb 量	60	50	61		53
白血球100分中					
「エオジン」嗜好細胞	4.0	8.4	14.0	}	16
鹽 基 性 細 胞	0.4	0	0		0

髓細胞, 幼若型等		0	0	{	0
桿 核 細 胞	4.4	1.6	1.6	左院前 記ハノ 外檢 科査 入	12
分 核 細 胞	54.0	44.8	48.8		31
淋 巴 球	35.6	40.4	32.0		28
大單核及移行型	1.6	4.8	3.6	{	13

デアツテ赤血球減少, 白血球就中中性多核白血球ノ減少, 淋巴球ノ比較的増加, 髓細胞及幼若型等ノ缺如ヲ證明シタノデアル。

斯ク拾ヒ舉ゲテ來タ症候, 即チ, 脾腫, 貧血, 肝硬變, 白血球減少, 出血性素因等ハ所謂 バンチ・ゼナートル氏症候群 Banti-Senator's Syndrom ニ一致スルモノデアル。

Guido Banti ガ, 此ノ人ハ伊太利ノ病理學者デアルガ, 病理學的立場カラ, 從來脾性貧血 Anaemia splenica 或ハ肝硬變ヲ伴ヘル脾腫 Splenomegalia con cirrhosis hepatica ナドト臨床疾患名ヲツケラレテキタ疾患群中カラ, 此ノ症候群ヲ備ヘ病理學的ニハ一次的脾「ファイブローゼ」(纖維性硬變)ヲ伴ツター種ノ病型ヲ一獨立疾患トシタ。之ヲ發見者ノ名譽ノ爲メニ後人ガ Maladie de Banti ト命名シタモノデアル。

バンチ氏病ニ就イテ少シク述ベル。

本病ハ餘リ澤山アル疾病デハナイ。一般ニ青壯年時代ニ見ラレ, 殊ニ其ノ多クハ婦人ニ來ルトイハレテキル。

認ムベキ原因ナシニ, 先ヅ脾腫ガ現レ, 數年ノ間ニ次第ニ著明トナリ, 表面平滑ナ大キナ腫瘤トシテ腹腔内ニ觸レル様ニナル。「認ムベキ原因ナシニ」トイフノハ, 傳染性疾患後ノ脾腫, 脾ノ微毒, 結核ノ如ク原因ノ判明シテキル脾腫ヲ此ノ内ニハ入レナイトイフノデアル。其點ハ丁度肢端脫疽ニ於ケル特發脫疽ノ場合ニ相當スル。

本病ノ經過ヲ大體3期ニ分ケル。

第1期ハ貧血期 Anaemisches Stadium デ, 貧血ト脾腫トヲ主徴トシ, 脱力症狀 Hyposthenie ガアリ, 疲勞シ易ク, 心身ガ衰弱スル。肝臟ハ何トモナク, 黃疸モ現レズ, 淋巴腺, 骨系統等ニハ變化ハナイ。此ノ時期ガ5—10年, 稀ニハ夫レ以上續イテ貧血ガ進ンデユクト,

第2期 移行期 Uebergangsstadium ニナルノデアル。此ノ期ノ持續ハ前者ニ比シテ割合短ク, 2—3月乃至1年位デアツテ, 前期ノ症狀, 就中貧血衰弱ガ強クナル他, 肝臟ガ肥大スルノガ特徴デアル。此ノ患者ハ出血ヲ伴ツテ居ルガ, バンチ氏病第2期ト考ヘルノガ一番適切デアル。移行期ニ屢々黃疸ヲ起スコトガアルガ, 本例デハ之ヲ認メナイ。患者ハ次第ニ羸セ衰ヘ, 其内ニ腹水ガ現レルヤウニナル。コレガ,

第3期 腹水期 Aszitisches Stadium デアツテ, 此ノ腹水ハ肥大セル肝臟ガ萎縮硬變シ,

門脈障礙ヲ起シテ生ジルモノデ、此ノ外ニ更ニ一次的ニ出血性素質ヲ伴ヒ、從ツテ胃腸内出血ヲ起スコトガアツテ、遂ニ瘡レル。

以上ハ定型の場合デアルガ、何分ニモ本病ハ極ク慢性ニ始マリ苦痛ガ少イタメニ、正確ナ發病期ガ不明ナ事ガ多ク、又疾患ノ各期ノ限界モ決シテ嚴格ニハ定メラレヌ。又必ズシモ定型のバカリデハナクテ、例ヘバ本例ノ如クニ出血性素質ガ既ニ第2期ニ始マル事ガアリ、又第2期ノ肝肥大ガナクテ第1期カラ直チニ第3期ヘ移ルトイフヤウナ事モアル。

病理 本病ニ於ケル脾臓ノ變化ハ Banti ノ所謂 Fibroadenie 即チ脾網狀組織纖維ノ肥厚ガ主タルモノデ、脾髓ノ纖維性浸潤、マルピギー氏小體ノ退行性變化ガアリ、脾臓靜脈ノ硬化ヲ認メル。之ニラエンエネツク氏肝硬變症ガ附隨スルノデアル。Banti ハ本病デ脾靜脈ノ硬化ガアル事ヨリシテ、本病ノ病變ノ源ハ脾臓ニアツテ、此處デ何カ知ラスガ有害物質ガ產生サレテ、之ガ Fibroadenie ナル變化ヲ起シ、更ニ門脈系ヲ介シテ肝臓ヘ流レテユキ、肝硬變ヲ起スモノダト考ヘタノデアル。其詳細ニ就イテハ色々異論ガアル。

斯様ニ本病ハ其ノ原因ト本態トガ判ラスモノデアルカラ、其診斷ハ簡單ナヤウデ却ツテ難儀ナモノデアル。積極的ニ本病デ終始一貫シテ見ラレルノハ、

第1 貧血デ、尙血液像ガ特異デアルカラ、大體ノ見當ハツケ得ラレル。脾腫ヲ伴ヘル貧血ノ血液像ニ關シテ Aubertin 氏ノ血液學の分類トイフノガアル。ソレハ、

- i) 有核赤血球ヲ伴ヘル脾性貧血。此ノ際ハ白血球ハ中等度ニ増加スル。
- ii) 白血球減少、淋巴球相對的增加ヲ伴ヘル脾性貧血。此ノ際ニハ幼若骨髓細胞ハ出現シナイ。バンチ氏病ハ此ノ項ニ屬スルモノデ、白血球ノ減少ハ甚ダシイ時ニハ1500位迄ニナル。バンチ氏病ノ他、カラ・アザール、慢性マラリア等モ之デアル。
- iii) 多核白血球増加ヲ伴ヘル脾腫性貧血。微毒性脾腫、結核性脾腫等ガ之デアル。
- iv) 正常ナル血液像ヲ有スル脾腫性貧血。ゴーシェ氏病ガ之デアル。

第2 脾腫。常ニ大イ。此ノ點デ急性傳染病ニ依ル脾腫トハ大差ガアル。表面ハ平滑デ、波動シナイ。又壓ヲ加ヘテモ大シテ疼痛ヲ訴ヘナイ。又普通ハ癒着セズ、即チ脾周圍炎ヲ起ス事ガ少イカラヨク動く。

次ニ消極的ニハバンチ氏病ハ原因ノ判ラス脾腫ヲゲトイフ事ニ一致サセネバナラヌ。即チ、微毒ノ血清反應陰性ナル事、他ニ淋巴腺腫、殊ニ轉移性腫瘤ヲ發見セヌ事、マラリア等ノ經驗ナキ事、アルコホル中毒、食餌障礙等ノ無キ事、等々デアル。

尙本例デ吐血即チ胃腸内出血ニ依ツテミヅカラ脾腫ノ減脹スルノガ判ルトイフアナムネーゼガアルガ、之ハ何ノタメデアルカ。先ニモ述べタヤウニ、病的脾臓毒素ガ門脈及ビ肝臓ニ及ンデ、萎縮肝ヲ來シ、尖レデ門脈ノ鬱血ガ起ル。此ノ鬱血デ脾腫ガ逆ニ二次的ニ腫大ノ度ヲ増シタ所ヘ、出血性素質ガ出來テ吐血ヲ行ヒ、多量ノ血液ヲ失フト、脾靜脈

ハ胃靜脈ト交通シテ居ルカラ、抵抗ハトレテ脾臓ノ鬱血ニ依ル分ダケノ腫脹ハ除カレテ、脾腫ハ一時小サクナツタ様ニ見ヘルモ、漸次鬱血スルニ連レテ再ビ腫脹スル、ト考ヘルト理解出來ル。肝硬變ガ一次的デソノ鬱血ノミデ脾ニスル腫大ガ來タモノトスルニハ、是非共同時ニ腹水デモ證明セネバ辻褄ガ合ハナイカラ、本例デハ左様ニハ考ヘナイノデアル。

鑑別診断 1) ゴーシェ氏脾腫 Splenomegalie Typus Gaucher ソレニ特有ナ皮膚ノ着色(銅赤灰色)ガコノ患者デハ認メラレナイシ、又ソレハ屢々家族的ニ發現スル事が違フ。

2) ラエンネック氏肝硬變症 之ニ就イテハ吐血ノ考ヘ方ノ際ニ述ベタ。年齢、微毒ノ有無、慢性酒精中毒、其他ノ症状デ區別ガ出來ル。

3) 微毒 肝臓ニ微毒特有ノ症状ガアレバ確カニ分別出來ル。一般ニハ血清反應ヲ檢ベル。此ノ症例デハワ氏反應、村田氏反應共ニ陰性デアル。脾微毒ハ主ニ先天性微毒ニ依ルモノトサレテキルガ、此ノ患者ノ軀ノ他ノ部分ニハソレラシキ症状ヲ示シテキナイカラ、又既往症ニモ微毒症状ガナイカラ、之ハ確カニ除外出來ル。尙、微毒性脾腫デハ貧血ガコノ人ノヤウニ進行性デアルトイフヤウナ事ハ少イ。

4) マラリア病 之ハ既往症デ至極容易ニ判ル。

5) 日本住血吸蟲病 本病 デバンチ・ゼナートル 症候群ガ揃フ事ガアルガ、之ハ地方病デアツテ、本例ノ居住地ニハナイカラ考慮カラ除外出來ル。又糞便検査デソノ卵子ヲ證明シナイ。更ニ、肝臓ノ觸診所見ガ違フ、日本住血吸蟲病ナラバ表面ノ凹凸ガ強イ。

6) 澱粉様變性 慢性化膿性疾患ノアナム・ネーゼガアル筈ダカラソレデ判ルガ、一般ニアミロイドデゲネラチオントイフモノハ西洋人ニ比シテ日本人デハ少イモノデアル。

7) 淋巴性肉芽腫 バンチ氏病トノ最モ大ナル差ハ、i) 轉移病竈、即チ汎發性淋巴腺腫、ii) 特有ナル熱型、iii) 白血球增多症ノ3點デアル。コレハスグ分別出來ル。

治療 脾毒素ガ各種ノ變化ヲ惹起スルモノデアルトスルト、早ク脾臓ヲ剔出シテ脾毒素ノ產生ヲ除去スル事が根治療法トナル譯デアル。實際上此ノ場合脾臓剔出ヲ行ツテ見ルト結果ガ佳イノデアル。内科的ニ脾毒素ヲ中和シャウトスルノハ、誰シモ一應考ヘテ見ル事デアルガ、現在デハ未ダ其ノ緒ニモ達セヌ。砒素ヤレントゲン療法デハ治ラヌモノデアル。

脾臓ハ元來ブラブラシテキル臓器デアルカラ、脾莢膜ノ副行靜脈カラノ出血ヲサヘ充分顧慮シテ行レバ、其剔出ハ難儀ナモノデハナイ。剔出術ノ成績ハ術前ノ貧血ノ強サ、肝臓ノ變化ノ程度及ビ周圍トノ癒着ノ有無等ニ依ル手術ノ難易、等々デ變ツテ來ルガ、貧血ハ術前輸血シテ置ケバ對症のニ補ヒ得ル。タダ肝臓ノ變化ガ進ンデ居タリスルト困ル。初期即チ第1--2期デアツテ、脾ノフイブリアデニーガ主デアル時期ニハ、脾ノ剔出ヲ行ルト貧血ハ佳クナリ血液像モ恢復シ卓効ヲ舉ゲルノミナラス永久治癒ヲモ營ミ得ルノデアル。

が、第3期トナツテ二次の肝變化が強クナリ、恒久的ナ肝萎縮ニ陥ルト之ガ脾腫ト對等的ノ重要サヲ持ツヤウニナルカラ、脾腫ダケヲ除去シテモ、肝萎縮ハ其儘デアルカラ、手術ノ結果ハ左程ヨクナイモノデアル。

デアルカラ、砒素使用ダトカレントゲン照射ダトカラ行ツテ手術ノ日ヲ遅ラシメルトイフヤウナ事ハ宜シクナイ。元來本病デハ苦痛ガ少イ爲メニ不用意ニ時期ヲ失スルモノガ多ク、而モ其ノ儘デハ早晚死ノ轉歸ヲトル疾患デアリ、初期手術ニ於テハ死亡率ハ甚ダ少イモノデアルカラ、ナルベク初期ニ手術ヲ遣ルヤウニセネバナラナイ。

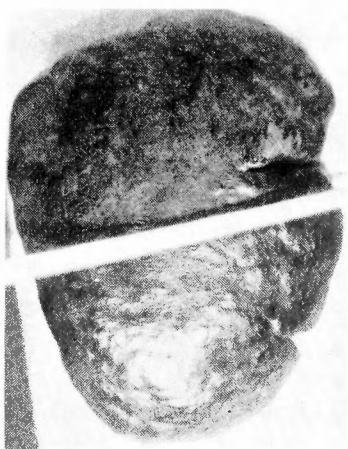
コレカラ此ノ患者ノ脾臓剔出ヲ行ラウト思フ。

後記 左側肋弓切開ニテ開腹シタ。腹水ハ全ク認メラレナイ。脾柄及ビ周圍ノ小血管ヲ結紮シ脾臓ヲ剔出シタ。出血少ク剔出ハ比較的容易デアツタ。腹壁ヲ4層ニ縫合シテ手術ヲ終ル。

剔出脾ノ大サハ横徑13 糎、縦徑17 糎、厚サ13 糎、寫眞一テ示ス如キモノデアル。

術後經過順調デ、創ハ第1期癒合ヲ營ム。7 日目ト14 日目トニ2回血液像ヲ檢ベタ所、次記ノ如ク漸次赤血球數、白血球數ヲ増シテ居ル。

剔出セル脾臓(前面)



檢 血 月 日	22/Ⅲ (剔出後7日目)	29/Ⅲ (剔出後14日目)
赤 血 球 數	4360000	4980000
白 血 球 數	6400	9200
Hb 量	55	55
白血球100分中		
「エオジン」嗜好細胞	14	11.5
鹽基性細胞	0	0
髓細胞、幼若型等	0	0
中性多核白血球	55	52.5
淋 巴 球	17	24
大單核及移行型	14	12

皮膚ノ蒼白サモ之ニ應ジテ明カニ減リ、甚ダ元氣ヨクナリ、術後14日目ニ歩行退院シタ。